

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1931

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre-Paul JOSSERAN

Né le 19 octobre 1906 à Pierrelaye (Seine et Oise)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne de Saint-Lazare

LES

ULCÉRATIONS CHRONIQUES

DE LA VULVE

CHEZ LES PROSTITUÉES

(ULCUS VULVÆ SIMPLEX CHRONICUM)

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre-Paul JOSSERAN

Né le 19 octobre 1906 à Pierrelaye (Seine et Oise)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne de Saint-Lazare

LES

ULCÉRATIONS CHRONIQUES

DE LA VULVE

CHEZ LES PROSTITUÉES

(ULCUS VULVÆ SIMPLEX CHRONICUM)

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1931

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY . . .	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
DEBRE . . .	Clinique médicale.	MATHIEU . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
LERI	Clinique médicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
BASSET . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeurs sans	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique
chaire		chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Le Docteur PAUL JOSSERAN
(de Milly)

*Qui fut mon initiateur.
En reconnaissance de l'exemple qu'il
me donne.*

A MA MÈRE

En hommage de filiale tendresse.

A LA MÉMOIRE DE MES GRAND-PÈRES

A MES GRAND-MÈRES

*En témoignage de reconnaissance et
d'affection profonde.*

A MON ONCLE

*En remerciement de ses bons conseils
et de l'aide affectueuse et constante
qu'il m'a toujours apportée.*

A MON ÉPOUSE

*En remerciement des sentiments qu'elle
professe pour moi, en gage d'affec-
tion et de tendresse.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

M. le Professeur GOUGEROT

*Que nous remercions du grand hon-
neur qu'il nous a fait en acceptant
de présider la soutenance de cette
thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stages et Externat

M. le Professeur ACHARD.

M. le Professeur GOSSET.

M. le Docteur COMTE.

M. le Professeur agrégé ALGLAVE.

M. le Professeur VILLARET.

M. le Docteur FUNCK-BRENTANO.

M. le Docteur PAGNIEZ.

M. le Docteur HERSCHER.

M. le Docteur AUCLAIR (*in memoriam*).

M. le Professeur agrégé VELTER.

M. le Docteur LOUSTE.

A M. le Docteur GUIMBELLOT, chirurgien des hôpitaux.

A M. le Professeur agrégé ÉCALLE, accoucheur de l'Hôpital Tenon.

A M. le Docteur BIZARD

Médecin de Saint-Lazare

A M. le Docteur POUPARDIN

Chirurgien de Saint-Lazare

*En témoignage de gratitude pour les
marques de bienveillance qu'ils
nous ont prodiguées.*

Aux Docteurs

BRALEZ, MORIN, CHALET, BOYER, GIRARD

Médecins assistants de Saint-Lazare

Aux Docteurs A. ESCALIER et P. LIEUTAUD

A MON MAITRE

M. le Docteur CLÉMENT SIMON

Médecin de Saint-Lazare

*Qui m'a inspiré cette thèse, qui m'a
guidé dans les recherches qu'elle
comportait, qui m'a dirigé dans sa
rédaction.*

*Qu'il trouve ici l'expression de toute
ma gratitude et que cet ouvrage soit
pour lui une marque de ma recon-
naissance pour son enseignement
que j'ai suivi avec le plus grand
intérêt et la plus grande admiration,
et pour la très grande bienveillance
qu'il m'a toujours montrée.*

*Qu'il soit assuré de mon entier atta-
chement et de mon dévouement res-
pectueux.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Parmi toutes les ulcérations de la vulve certaines sont bien connues, bien déterminées, bien définies.

Ce sont d'abord des ulcérations infectieuses qui peuvent avoir une évolution aiguë : chancres, folliculites, herpès, ulcérations blennorragiques, etc... ; ou une évolution subaiguë : balanite du clitoris, chancres syphilitiques, ulcérations de la syphilis secondaire.

Ce sont encore des ulcérations chroniques d'étiologie précise : ulcérations tuberculeuses, néoplasiques, cancéreuses, mycoses, ulcérations de la syphilis tertiaire.

Ce sont aussi des ulcérations provoquées par un agent extérieur bien déterminé, ulcérations traumatiques accidentelles, obstétricales, brûlures, ulcérations caustiques, médicamenteuses, ulcérations criminelles médico-légales.

Il existe, par contre, des ulcérations chroniques de la vulve qui semblent ne se rattacher à aucune maladie déterminée, et n'entrent dans aucun cadre nosologique. Ces lésions ont été longtemps et sont encore souvent groupées sous le nom générique et vague d'esthiomène de la vulve.

Avec M. CLÉMENT SIMON, nous avons observé une certaine forme de ces ulcérations. Nous en avons dégagé l'étiologie, décrit les symptômes, suivi l'évolution. Les caractères de cette forme sont assez nets et assez précis pour permettre de l'individualiser et de la décrire.

C'est un ulcère chronique, simple, survenant chez les prostituées qui n'ont plus leurs règles, soit du fait de l'âge, soit à la suite d'une castration chirurgicale.

Nous nous proposons dans ce travail d'étudier cette lésion que notre maître M. CLÉMENT SIMON a nommée : Ulcère chronique simple de la vulve, internationalement *Ulcus vulvæ simplex chronicum*.

M. CLÉMENT SIMON et ses assistants MM. BRALEZ et RABREAU, ainsi que M. MORIN, nous ont puissamment aidé, de leur science, de leurs conseils, et de leur expérience, et nous tenons à leur adresser ici, notre respectueuse et sincère reconnaissance.

HISTORIQUE

En 1848, dans un Mémoire à l'Académie de Médecine, HUGUIER décrivait, sous le nom d'esthiomène de la vulve, une lésion caractérisée par des ulcérations chroniques siégeant sur la fourchette ou sur le méat, accompagnée « d'hyperplasies éléphantiasiques des parties avoisinantes ». Ces ulcérations de bord irrégulier, plus ou moins taillées à pic, présentaient un fond uni, rouge, marbré de jaune, « sécrétant un ichor transparent et fétide ». Le voisinage était infiltré, pâteux ou induré. Elles étaient indolentes. Elles s'accompagnaient d'hypertrophies plus ou moins importantes de la région vulvaire formant éléphantiasis. HUGUIER distinguait trois espèces d'esthiomènes : l'esthiomène superficiel, l'esthiomène perforant, l'esthiomène hypertrophique. Les ulcérations étaient plus ou moins grandes. Quelle que soit leur dimension, leur évolution était toujours torpide. Dans des cas plus avancés, les lésions étaient plus étendues, le fond lisse, les bords durs, saillants, mamelonnés, l'indolence absolue. L'auteur insiste sur l'analogie qui existe entre l'esthiomène et le lupus de la face.

En 1874, BERNUTZ et en 1876 FIQUET, affirment l'iden-

tité de ces deux maladies ; MACDONALD en 1884 et DUNCAN en 1886 considèrent également l'esthiomène comme un lupus de la vulve. Il est vrai qu'à cette époque le mot « lupus » n'impliquait pas comme aujourd'hui l'idée de tuberculose, mais signifiait simplement : ulcération chronique envahissante.

Cependant, en 1877, SCHROEDER, qui a observé quelques-unes de ces ulcérations, remarque qu'elles sont surtout fréquentes chez les prostituées âgées. Il pense que ni la tuberculose, ni la syphilis, ni les tumeurs malignes n'en sont causes.

Depuis cette époque de nombreux auteurs ont étudié l'esthiomène. Avec l'aide du laboratoire et par les méthodes cliniques modernes, ils ont individualisé et séparé un grand nombre d'ulcérations chroniques de la vulve d'étiologie déterminée, pensant comme DUBREUILH et BRAU que l'esthiomène désigne un « ulcère chronique non spécifique, à point de départ variable, entretenu par des conditions locales et générales défec-tueuses ».

Pour les uns, la tuberculose a un rôle indiscutable dans la production de certaines ulcérations de la vulve, avec ou sans éléphantiasis, avec ou sans participation rectale (Longean, Lagrange, Bender et Naudrot, Forge, etc...).

MM. HUDELO, RABUT et CAILLAU, MILIAN et LAFOURCADE ont noté, ainsi que M. GOUGEROT, des cas d'éléphantiasis de la vulve, survenant après une petite ulcération qui cicatrisait rapidement. Pour M. GOUGEROT l'origine tuberculeuse est certaine dans 50 % des cas. MM. Mi-

LIAN et DELARUE l'ont mise en évidence par l'inoculation au cobaye.

M. CROSTI, après avoir isolé d'une ulcération de la vulve un bacille acidorésistant, analogue au bacille de Koch, pense à une lésion de type tuberculide. Il n'affirme pas la tuberculose, car les cuti-réactions ont été négatives, sauf pour la tuberculose bovine, négative aussi l'inoculation au cobaye.

Pour JACOBI, l'esthiomène de la vulve est une ulcération banale survivant à un chancre mou, et entretenue par une mauvaise hygiène locale ; ce serait un chancre mou de virulence atténuée.

M. DARIER considère que le bacille de Ducrey peu virulent peut, entre autres germes, être la cause d'éléphantiasis de la vulve.

Les récents travaux de M. RAVAUT semblent aussi donner au bacille de Ducrey un rôle important dans les affections chroniques de la vulve.

Pour OBERLAÜDER, la blennorragie joue un rôle appréciable dans l'étiologie des ulcérations chroniques de la vulve. JACOBI, sans accorder une grosse importance au gonocoque, admet que les infections blennorragiques constituent une porte d'entrée à d'autres germes susceptibles de donner lieu à un état éléphantiasique.

FOURNIER a décrit certaines lésions de syphilis tertiaire ulcéreuses et phagédéniques s'accompagnant de syphilome hypertrophique de la région vulvaire, dont l'aspect rappelle parfaitement l'esthiomène de la vulve décrit par HUGUIER.

MM. HUDELO, CAILLAU et PIERROT ont démontré l'ori-

gine syphilitique de certains cas, et MM. MILIAN et DELARUE ont observé une amélioration de l'état éléphantiasique à la suite d'un traitement spécifique prolongé.

MM. GATE et ROUSSET ont observé et traité une malade qui présentait un éléphantiasis vulvaire avec ulcérations, dont l'origine syphilitique était prouvée par une séro-réaction de Wassermann fortement positive. Ces auteurs ont trouvé dans les ulcérations une flore bactérienne et spirillaire variée. Ils attribuent, ainsi que M. FAVRE, un rôle très important à cette flore spirillaire, dans l'étiologie de l'éléphantiasis vulvaire.

Le streptocoque qui donne lieu à des réinfections locales interminables peut fort bien, pour M. SABOURAUD, créer un état lymphatique inflammatoire avec oblitération mécanique des vaisseaux.

M. GOUGEROT a étudié et décrit un certain nombre d'ulcérations de la région recto-ano-périnéovulvaire, causées par une parasitose locale : la nocardose.

Koch, d'autre part, admet que l'origine de ces lésions est le plus souvent conséquence d'une infection chancrelleuse, atteignant les ganglions, et provoquant une stase lymphatique, qui serait à la base du processus éléphantiasis.

D'autres auteurs et notamment MM. DARIER, FRET et KOPPEL rapprochent l'esthiomène de la vulve du syphilome anorectal de Fournier.

M. JERSILD a étudié soigneusement le syphilome avec ou sans rétrécissement du rectum. Il en nie formellement l'origine syphilitique. Il pense que ces lésions

sont dues à des troubles de la circulation lymphatique. De nombreux auteurs et notamment MM. BROCCO, HUDELO, DARIER, CLÉMENT-SIMON, partagent cette opinion. La cause du syphilome lui semble être la lymphogranulomatose de NICOLAS et de FAVRE. Il conclut que le syphilome anorectal serait pour la femme ce qu'est pour l'homme l'adénoporolymphite inguinale. Il s'appuie pour le démontrer sur l'anatomie différente du système lymphatique du petit bassin et des organes génitaux chez l'homme et chez la femme. Il étend ses conclusions à l'esthiomène.

MM. FREI, GAY et VILLAFUERTES considèrent également que l'esthiomène de la vulve est provoqué par des altérations ganglionnaires d'origine lymphogranulomateuse. Cependant, MM. GAY et VILLAFUERTES croient pouvoir séparer cliniquement le rétrécissement du rectum des ulcérations chroniques de la vulve.

Pour M. DE GREGORIO, l'esthiomène est un trouble de la circulation lymphatique provoqué par des causes diverses, des infections chroniques, soit chancrelleuses atténuées, soit tuberculeuses, soit syphilitiques, soit lymphogranulomateuses, ou même streptococciques.

Cependant, aucun de ces auteurs n'attribuent à l'esthiomène une étiologie unique et absolue.

DUBREUILH et BRAU, BARBOUR, et WALKER, VERCHÈRE, BANDLER, FIOCCO et LEVI pensent que c'est un ulcère chronique non spécifique à point de départ variable.

C'est ce que dit M. BUQUICCHIO qui, après avoir énuméré les diverses opinions émises sur l'esthiomène, conclut qu'actuellement l'on n'a pas pu démontrer de

façon absolue l'origine tuberculeuse, syphilitique ou vénérienne du syndrome.

Il admet que l'on peut décrire quatre formes d'esthiomènes : une forme parasyphilitique, une forme chancrelleuse, une forme paratuberculeuse, et une forme traumatique simple. Il donne une série d'observations d'ulcérations chroniques de la vulve répondant au nom générique d'esthiomène. Il conclut que toutes les ulcérations décrites diffèrent toutes les unes des autres, leur seul caractère commun étant la chronicité. Il fait jouer à la tuberculose et à la syphilis un rôle important mais déclare que les traumatismes peuvent être à l'origine d'une ulcération « *sui generis* ».

Comme l'immense majorité des auteurs, notre maître, M. CLÉMENT SIMON, pense que l'esthiomène de la vulve est un syndrome désignant toutes les ulcérations chroniques de la vulve ; et qui n'a plus d'individualité clinique. « Du démembrement de l'esthiomène, dit-il, sont nées les ulcérations du syphilome anorectal, de la tuberculose, du cancer, des mycoses ».

Parmi toutes ces ulcérations chroniques, il a eu l'occasion d'observer dans son service de Saint-Lazare une ulcération d'un type très spécial. Il est arrivé, dit-il, « à la conviction qu'il existe chez les prostituées, un ulcère chronique simple, c'est-à-dire sans relation avec la syphilis, la chancrelle, la tuberculose, le cancer et les mycoses ». Il a dégagé cet ulcère simple, chronique, traumatique que semblait déjà prévoir M. BUQUICCHIO. Il lui a donné une individualité clinique. Il l'a étudié et décrit sous le nom d'ulcère simple, chronique de la vulve.

ETUDE CLINIQUE

Laissant de côté toutes les ulcérations chroniques de la vulvè, c'est l'ulcère chronique simple de la vulve, tel qu'il a été observé par notre maître, M. CLÉMENT-SIMON, que nous nous sommes proposé d'étudier au début de ce travail.

Il est caractérisé par une ulcération, située électivement à la fourchette, entourée plus ou moins complètement d'un bourrelet induré d'aspect cicatriciel. Indépendant de toute maladie vénérienne, il survient chez les prostituées qui n'ont plus leurs règles, causé, semble-t-il, par des traumatismes professionnels répétés ; favorisés par une mauvaise hygiène locale.

Son évolution est essentiellement chronique et torpide. Il n'a aucune tendance à la guérison. Il ne s'accompagne ni d'éléphantiasis, ni de rétrécissement du rectum. Rebelle à toute thérapeutique, il semble que ce soit une lésion constituée ayant subi une organisation cicatricielle.

ÉTIOLOGIE

Il convient, tout d'abord de signaler la rareté de l'ulcère chronique simple de la vulve. Notre maître, M. CLÉMENT SIMON, bien que placé à Saint-Lazare dans « le lieu du monde le mieux fait pour l'étude de la pathologie vulvaire », ainsi qu'il le dit lui-même, n'en a guère observé, en dix ans, qu'une dizaine de cas.

Nous en avons, nous-même, observé plusieurs cas à St-Lazare, pendant la durée de notre Internat.

Il est probable que d'autres auteurs, observant des cas isolés de cette affection, l'ont plus ou moins rattaché à l'esthiomène, ainsi que nous l'avons noté dans l'histoire. Toutefois, certains, comme M. BUQUICCHIO, se demandaient s'il n'existait pas, indépendamment de l'esthiomène, une ulcération chronique, traumatique simple de la région vulvaire.

C'est l'étiologie de cet ulcère chronique simple de la vulve qui en explique la rareté.

Cette lésion ne s'observe en effet que chez les prostituées âgées. Les traumatismes répétés que leur métier les oblige à subir, appliqués continuellement au même

endroit, semblent en être la cause première. Mais seuls les traumatismes seraient insuffisants pour provoquer ces lésions que l'on verrait alors chez un nombre immense de femmes, s'il ne venait s'y joindre une autre cause : un certain degré d'involution ménopausique, car il est remarquable que toutes les femmes, chez lesquelles ce syndrome a été noté, ont cessé de voir leurs règles.

Deux causes primordiales nous semblent donc être à la base de l'ulcère chronique simple de la vulve : les traumatismes répétés, la transformation plus ou moins atrophique des tissus de la région vulvaire, provoquée elle-même par l'arrêt de la fonction ovarique.

Il convient ici de souligner le fait que la castration chirurgicale peut très bien amener le même résultat que la ménopause naturelle.

Nous avons observé une jeune malade qui avait subi pour salpingite double une hystérectomie subtotale et qui présentait le syndrome que nous étudions. Nous avons vu, avec M. MORIN, une femme que celui-ci avait traitée depuis plusieurs années et qui, ayant subi aussi une castration chirurgicale bilatérale, présentait une lésion vulvaire, répondant exactement à la description que nous allons faire.

En dehors de ces deux facteurs étiologiques, qui semblent être nécessaires, sinon suffisants, pour provoquer la formation d'un ulcère chronique simple de la vulve, il est probable qu'il existe des causes secondaires, qui, sans être constantes, contribuent grandement à lui préparer le terrain et à en favoriser l'apparition.

C'est ainsi que presque toutes nos malades sont syphilitiques anciennes, les unes ont une sérologie positive, les autres, négative. L'action des traitements spécifiques est d'ailleurs à peu près nulle sur la lésion ; ce qui prouve bien que, si la syphilis peut jouer un rôle dans cette affection, elle n'en est jamais la cause essentielle. Il faudrait admettre, alors, qu'il y a des lésions syphilitiques sur lesquelles le traitement n'a pas d'action, et que l'efficacité de celui-ci n'est pas constante, ce qui serait contraire à tout ce qui a été observé.

Les chancres mous, fréquents chez les prostituées, semblent avoir aussi un rôle favorisant. En effet, s'ils guérissent, en général rapidement par un traitement approprié, ils laissent souvent une cicatrice. Cependant, il ne semble pas que le bacille de DUCREY ait un rôle essentiel dans l'étiologie de l'ulcère chronique simple de la vulve. Chez toutes nos malades, l'inoculation du produit de râclage de la lésion, a été faite au bras sans donner aucune réaction ; or, nous avons pratiqué un grand nombre de fois cette autoinoculation qui s'est toujours montrée positive en cas de chancrelle. Nous avons constaté également grâce à ce moyen de diagnostic, que, quand la réaction était négative, l'ulcération suspectée était le plus souvent une ulcération traumatique banale qui guérissait d'elle-même en quelques jours.

Nous avons pratiqué aussi chez nos malades l'intradermoréaction de NICOLLE au dmelcos qui s'est montrée tantôt positive, tantôt négative. Mais l'on sait que, chez

une malade qui a été atteinte d'infection chancreuse cette réaction est longtemps positive; et les malades que nous avons observées se livraient à la prostitution depuis assez longtemps, pour avoir, à un moment donné, été contaminées par le bacille de Ducrey.

Malheureusement l'on n'a pas pratiqué chez ces malades l'intraépidermoréaction selon la technique actuellement employée par M. RAVAUT pour rechercher les porteurs de bacilles de Ducrey nos observations étant presque toutes antérieures aux travaux de M. RAVAUT. Toutefois, nous avons constaté, chez des malades, à qui nous avons fait l'inoculation simple par cutiréaction, telle que nous l'avions pratiquée chez nos malades, et l'intraépidermoréaction de M. RAVAUT, que ces deux réactions sont en même temps positives ou en même temps négatives.

Tout en faisant des réserves sur le rôle du bacille de Ducrey, qui semble depuis les récents travaux de M. RAVAUT, être, dans la pathologie vulvaire, plus important qu'on ne le croit en général, nous pensons qu'il n'est que secondaire dans l'étiologie des ulcères chroniques simples de la vulve.

La blennorrhagie, sans avoir une action prépondérante, dans la formation de ces ulcères chroniques, a très probablement un rôle favorisant. Un certain nombre de nos malades présentaient en effet, près des orifices des glandes de Bartholin, soit des cicatrices, soit des ulcérations, dont l'origine gonococcique ne semble pas douteuse. Nous ne rappellerons que pour mémoire, que l'une de ces malades a dû être opérée pour salpingite

double, et que presque toutes présentaient de la vaginite ou de la cervico-métrite, dues très probablement au gonocoque, et il est naturel de penser que l'irritation continuelle des tissus de la vulve par un écoulement plus ou moins abondant de blennorrhagie chronique, soit une condition favorable à l'apparition et à l'entretien d'un ulcère chronique traumatique banal.

Cependant certaines d'entre elles ne présentaient aucun symptôme de blennorrhagie en activité, mais il est rare et peu vraisemblable qu'une femme, qui se prostitue depuis plus de six mois, n'ait jamais été atteinte d'infection gonococcique ; et il est logique d'admettre que la blennorrhagie ait joué dans tous les cas un rôle en créant un état de moindre résistance des tissus.

Enfin, il convient de ranger parmi les causes favorisantes de l'ulcère chronique simple de la vulve une hygiène locale le plus souvent lamentable.

En résumé l'on voit apparaître l'ulcère chronique simple de la vulve chez des femmes, qui, par profession, s'exposent à des traumatismes fréquents et répétés. Ces traumatismes, appliqués continuellement au même point, déterminent la localisation élective de la lésion à la fourchette. A eux seuls toutefois, ils sont insuffisants pour la faire naître. Il faut également un terrain spécial. Ce terrain, préparé souvent par des infections vénériennes antérieures, entretenues par une mauvaise hygiène locale, est constituée par une atrophie plus ou moins marquée des tissus vulvaires, due à l'arrêt des fonctions de l'ovaire semblant la première étape de

ce que l'on décrit sous le nom de *kraurosis vulvæ*.

Sur ces tissus de mauvaise qualité l'on conçoit fort bien que des traumatismes incessants provoquent et entretiennent des ulcérations banales qui peu à peu « subissent une organisation fibreuse cicatricielle, absolument torpide que ni le repos ni les topiques, ne parviennent à modifier » (Clément Simon).

Il est à noter, cependant, qu'à un stade de début, observé chez certaines femmes, ces lésions disparaissent spontanément par le repos et qu'on ne les voit à l'état d'ulcère chronique, que chez les femmes qui n'y ont auparavant prêté aucune attention. « Si la femme est hospitalisée au début, dit M. CLÉMENT SIMON, elle peut encore guérir d'une érosion traumatique encore banale, nous en avons plusieurs cas ». Il semble, dans ces cas, qu'en supprimant le traumatisme qui en est la cause la lésion guérisse d'elle-même.

Toutes ces raisons permettent de comprendre la rareté de l'ulcère chronique simple de la vulve. Il ne survient que chez les prostituées âgées. Chez elles seules, en effet, le coït, par sa fréquence, par sa rapidité, par les conditions dans lesquelles il est subi, devient traumatisant pour une muqueuse fatiguée, usée, que l'âge ne rend plus apte à supporter de tels excès.

Or, si l'on observe partout des prostituées jeunes, il est rare de voir des prostituées parvenues à la ménopause et continuant à exercer leur industrie. Cela tient aux conditions difficiles qu'elles rencontrent au cours de leur existence misérable et souvent précaire. Se nourrissant

mal, facilement alcooliques, dormant dans de mauvaises conditions, pauvrement vêtues, faisant malgré le froid et la pluie de longues stations immobiles en plein air, certaines d'entre elles meurent jeunes atteintes d'un grand nombre d'affections parmi lesquelles la tuberculose occupe une place importante. Ce qui explique que presque toutes cherchent dès qu'elles le peuvent, à se créer une vie plus régulière.

Les unes se marient, d'autres prennent un métier régulier, d'autres retournent dans leur pays d'origine qu'elles n'auraient jamais dû quitter ; enfin un assez grand nombre cherchent un refuge dans les maisons spéciales car la vie y est beaucoup plus douce. Nourries, chauffées, souvent logées, elles n'ont qu'à y attendre la clientèle qui vient toujours. Vivant dans de meilleures conditions, elles sont souvent dominées par l'idéal très bourgeois de faire des économies pour leurs vieux jours, ou pour élever leur enfant, car elles en ont presque toutes, afin que plus tard celui-ci leur vienne en aide. Enfin l'hygiène la plus stricte leur est systématiquement imposée, et plus que toute autre elles ont le souci de leur santé.

Quant à celles qui persistent malgré tout à se prostituer sur le trottoir, dirons-nous, elles apprennent en vieillissant et en passant de multiples visites médicales, à s'examiner elles-mêmes, et bien souvent nous avons vu venir consulter pour des lésions banales, des femmes qui craignaient d'être « arrêtées » à leurs visites, comme elles disent. Le soin qu'elles apportent à observer le moindre symptôme douteux ou suspect permet de com-

prendre que dès qu'elles voient une petite plaie, elles se mettent d'elles-mêmes au repos. Or, comme nous l'avons dit et observé souvent l'ulcère chronique simple de la vulve n'est à son début, qu'une plaie banale qui guérit spontanément par le repos.

Seules, parmi elles, quelques malheureuses, sans enfant pour leur venir en aide, ou quelques acharnées, qui n'ont presque jamais conscience de leur état, parviennent à un âge avancé sans acquérir la notion de l'hygiène la plus élémentaire, et sans se soucier le moins du monde, par incurie ou par nécessité, de maintenir sain l'organe qu'on pourrait appeler leur instrument de travail. Comme elles sont négligentes, elles laissent s'installer sans y prendre garde, et sans y prêter la moindre attention, la lésion que nous étudions. Comme d'autre part, elles ne vont consulter qu'à de très rares intervalles, ce n'est qu'au hasard des rafles de police que l'on peut avoir l'occasion de les observer.

C'est presque uniquement dans cette catégorie de femmes que, avec d'autres auteurs, nous avons observé ce que M. CLÉMENT SIMON a nommé l'ulcère chronique simple de la vulve, constitué définitivement, tel qu'il l'a décrit, et il est facile de concevoir, après ce que nous avons dit, que l'observation de cette affection en dehors de Saint-Lazare soit un fait plutôt rare.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous prendrons pour type de description de l'ulcère chronique simple de la vulve, l'ulcère chronique constitué tel que nous l'avons observé.

L'ulcère chronique simple de la vulve est une lésion caractérisée d'après M. CLÉMENT SIMON :

« 1° Par son siège à la fourchette ;

« 2° Par sa forme arrondie plus ou moins régulièrement quand on écarte la vulve ;

« 3° Par son aspect ulcéré au centre, et surtout par ses bords en forme de *bourrelet dur*, *d'aspect et de consistance cicatriciels* ;

« 4° Par l'*indolence absolue* ;

« 5° Par l'*évolution torpide*, la résistance à tous les traitements locaux et généraux, notamment antisyphilitiques. ».

Ajoutons : 6° *Par son caractère non contagieux*.

Il débute insidieusement, le plus souvent à l'insu de la malade, et il est, en général, découvert au cours d'un examen.

Définitivement constitué il se présente comme une ulcération de dimension variable qui siège à la fourchette,

Ce que nous avons dit en étudiant son étiologie permet d'expliquer cette localisation. La fourchette est en effet le point d'application habituel des traumatismes, qui sont la cause essentielle de l'affection qui nous intéresse : et comme dit M. CLÉMENT SIMON : « Il est certain que la morphologie des lésions de la vulve est conditionnée là, comme ailleurs (Sabouraud l'a montré depuis longtemps pour les dermatoses), par les conditions anatomo-physiologiques de la région où elles se développent ».

La physiologie de la vulve est le coït. Au cours du coït normal, c'est la fourchette qui subit l'effort le plus violent. C'est donc là qu'il est vraisemblable de trouver une lésion traumatique ; or, la clinique montre que c'est là le siège de l'ulcère chronique simple de la vulve dont elle prouve ainsi l'origine traumatique.

Cette ulcération a, au premier abord, l'aspect d'un chancre mou. Mais si on l'examine avec plus d'attention, on constate qu'elle est plus ou moins régulièrement arrondie. On met en évidence cette forme circonferentielle de la lésion, en écartant la vulve, de façon à tendre la fourchette, et à lui donner un aspect plan. Dans certains cas, l'on reconnaîtra la forme régulièrement arrondie de l'ulcération en faisant saillir la muqueuse vulvaire par le toucher rectal.

Assez régulièrement arrondie, cette ulcération présente une zone médiane, souvent recouverte d'un enduit grisâtre d'aspect purulent. Quand on enlève cet enduit, la muqueuse apparaît, érodée, rouge, chair musculaire,

parfois bourgeonnante et saignant facilement. Cette ulcération est plus ou moins profonde, plus ou moins anfractueuse.

Elle est nettement délimitée dans tous les cas, que nous avons observés par des bords nets, non décollés, non taillés à pic; et qui présentent un *bourrelet*.

Ce bourrelet qui entoure plus ou moins complètement l'ulcération existe dans tous les cas. Il convient d'insister tout spécialement sur l'existence de ce bourrelet qui semble être dû à une organisation cicatricielle de la lésion.

Sa coloration est grisâtre. Sa consistance est ferme et dure ; elle varie selon les cas entre l'induration en carte de visite, et l'induration ligneuse. Cette induration peut d'ailleurs parfois exister sur toute la lésion que l'on palpe comme un chancre syphilitique.

Enfin un caractère absolument constant de cette ulcération est son *indolence absolue*. C'est d'ailleurs parce qu'elle n'est jamais douloureuse que les malades n'y attachent aucune importance. Cette lésion n'entraîne aucune gêne et bien souvent quand on les interroge, il leur est impossible de préciser l'époque du début de l'affection. Ce fait a été remarqué non seulement par nous-même, mais aussi par M. CLÉMENT SIMON, et par certains auteurs italiens ou espagnols qui se sont occupés des ulcérations chroniques de la vulve, comme M. BUQUICCHIO ou M. DE GREGGIO.

L'aspect de la vulve est normal dans certains cas. Dans d'autres cas, la vulve, tout entière, subit certaines modifications. Les modifications sont caractérisées :

Par une rétraction plus ou moins importante des petites lèvres ;

Par un aspect lisse et brillant des téguments ;

Par une atrophie plus ou moins prononcée des grandes lèvres ;

Par un rétrécissement de l'orifice vaginal ;

Par une diminution plus ou moins marquée de la souplesse habituelle des tissus de la vulve.

Ces phénomènes ne sont pas constants dans l'ulcère chronique simple de la vulve, mais ils peuvent se montrer à côté de lui à tous les degrés et présenter toutes les formes intermédiaires entre la vulve normale et la vulve ci-dessus décrite.

Ces modifications de la vulve, qui accompagnent souvent l'ulcère simple de la vulve, que nous nous sommes proposé d'étudier, sont un peu analogues à celles que M. JAYLE a étudiées et décrites en 1906, sous le nom de kraurosis vulvæ, chez les femmes âgées qui n'ont plus leurs règles ou chez des femmes jeunes qui ont subi une hystérectomie bilatérale. D'après cet auteur, le kraurosis est une atrophie sénile de la vulve.

En 1908, Thibierge reprenait l'étude du kraurosis vulvæ et en précisait l'aspect clinique. Ces deux auteurs observaient que cet état d'atrophie de la vulve avait pour résultat « une sténose vestibulaire » plus ou moins marquée qui gênait le coït.

Il est donc naturel de penser qu'un certain degré de

kraurosis vulvæ, peut coexister avec l'ulcère chronique simple de la vulve, ou en favoriser l'apparition, en gênant le coït d'autant que ces deux affections apparaissent dans des conditions physiologiques semblables, chez des femmes qui n'ont plus leurs règles.

Quant à l'adénopathie, qui, dans toutes les lésions de la vulve a une importance considérable, elle ne revêt, dans l'ulcère chronique simple de la vulve, aucun caractère particulier. C'est une micropolyadénite inguinale bilatérale indolente, banale. Elle n'est ni plus importante, ni plus marquée que dans les petites infections banales de la vulve ou du vagin, et elle passerait totalement inaperçue, si on ne la recherchait systématiquement.

Un dernier caractère de l'ulcère chronique simple de la vulve est le fait qu'il n'est pas contagieux. Cette notion de contagiosité a, dans la pathologie vulvaire une importance capitale au point de vue social. Or, nos malades, négligeant leur plaie de la fouchette, atone et indolore, exerçaient toutes leur industrie, et avaient, pour la plupart un ou plusieurs amants ou clients réguliers, qui n'ont jamais présenté de lésions analogues. Après leur hospitalisation, mieux surveillées et mises en alarme, mais non cicatrisées, elles ont repris leur métier sans contaminer personne. Nous avons notamment observé le fait chez une jeune femme qui avait subi une hystérectomie et qui vivait maritalement avec un homme que nous observions par ailleurs. Des faits analogues ont été signalés par M. Buquicchio.

Enfin, à part l'absence de menstruation, que nous avons notée, en étudiant l'étiologie, de l'ulcère chronique de la vulve, il n'y a aucune modification de l'état général. Il est important de signaler que dans tous les cas que nous avons observés, l'on n'a trouvé aucune lésion rectale ou anale.

Il n'existe aucune forme clinique particulière de l'ulcère chronique simple de la vulve.

Nous remarquerons toutefois, qu'il nous a été donné d'observer cette lésion à son début. Elle apparaît alors sous la forme d'une érosion traumatique banale se présentant parfois sous l'aspect d'un simple dépoli de la muqueuse vulvaire au niveau de la fourchette. Ces phénomènes guérissent en général assez rapidement par le repos. Cependant ces cas ne sont pas assez démonstratifs ni caractérisés pour que nous puissions en faire état ; et nous ne les rattachons, à l'ulcère chronique simple de la vulve, que parce qu'ils n'ont aucune relation avec une autre lésion de la vulve.

Nous noterons également qu'à côté de la localisation à la fourchette, qui est de règle, nous avons observé une autre localisation.

L'ulcère chronique simple de la vulve siège aussi parfois auprès de l'orifice de la glande de Bartholin. Pour qui a étudié un peu la pathologie de la prostituée, il est vraisemblable que la bartholinite, affection courante dans ce milieu, peut parfaitement créer un état de moindre résistance qui favorise cette localisation. Il est d'ail-

leurs remarquable que cette localisation latérale n'existe pas sans une localisation à la fourchette ; et l'on voit alors trois ulcérations disposées en triangle : une à la fourchette comme nous l'avons décrit, deux autres latérales, au niveau des orifices des glandes de Bartholin.

Enfin nous avons pu observer des ulcérations dont l'aspect clinique était identique à l'ulcère chronique simple de la vulve, mais moins typiques, moins bien caractérisées, chez des prostituées qui étaient encore réglées. Cependant, il est à noter que, dans ces cas, l'on avait affaire à des femmes déjà âgées, dont les menstruations étaient très irrégulières et qui restaient plusieurs mois sans voir leur règles, ou à des femmes plus jeunes qui présentaient des troubles de la fonction ovarienne, caractérisés par l'irrégularité de la menstruation. Il existait, en général, chez les unes, un certain degré d'atrophie vulvovaginale, avec diminution de l'élasticité des téguments, chez les autres, un certain degré d'atrésie vaginale, avec tissus de mauvaise qualité.

EVOLUTION

L'évolution de l'ulcère chronique simple de la vulve est essentiellement torpide.

Il est possible quand on en fait le diagnostic au début, de le voir disparaître assez rapidement, spontanément, en faisant cesser simplement l'action traumatisante qui l'occasionne.

Si la femme est hospitalisée au début, elle peut guérir d'une érosion simplement traumatique banale.

En général, apparaissant sans provoquer de douleur chez des femmes qui ne se soignent pas, il passe le plus souvent inaperçu, et l'on se trouve en présence d'une lésion constituée.

Il semble que la mauvaise qualité des tissus de la vulve sénile empêche la cicatrisation définitive et complète de ces lésions, même quand les traumatismes qui les occasionnent ont cessé, mais que d'autre part, l'organisme se défend encore suffisamment pour en limiter l'extension par un bourrelet cicatriciel.

M. CLÉMENT-SIMON dit au sujet de ces malades, après la période de début « qu'il s'est fait une organisation

fibreuse, cicatricielle, absolument torpide, que ni le repos, ni les topiques ne parviennent à modifier. Nous avons gardé à l'hôpital, pendant de longs mois, ajoute-t-il, alors que nous ne nous croyions pas autorisé à les remettre en liberté des femmes, qui n'ont jamais présenté autre chose qu'une très légère amélioration, bien que soustraites temporairement aux traumatismes professionnels ».

Il semble qu'une fois constituée la lésion reste immobile. Nous suivons depuis plusieurs années des malades dont les lésions ne se sont jamais modifiées ni en mieux ni en pire.

MM. CLÉMENT-SIMON, BRALEZ, MORIN, CROSTI, BUQUICCHIO, de GRIGORI, GAY et VILLAFUERTES, ont aussi constaté chez certaines prostituées âgées dont ils ont rapporté les observations, des faits de même ordre.

Cette évolution torpide, sans aucune tendance à la guérison ou à l'extension qui semble une règle dans l'ulcère chronique de la vulve est si caractéristique que l'on peut la ranger au nombre des symptômes de cette affection.

EXAMENS DE LABORATOIRE

Enfin, un dernier fait qui mérite d'être rangé parmi les symptômes de l'ulcère chronique simple de la vulve, c'est la négativité des réactions biologiques et des examens histologiques.

Chez toutes les malades que nous avons observées l'on a pratiqué :

La réaction de BORDET-WASSERMANN ;

La réaction de NICOLLE au dmelcos ;

L'auto inoculation par cuti au bras.

La réaction de WASSERMANN s'est montrée tantôt négative, tantôt positive. L'épreuve du traitement antisyphilitique a toujours été négative. Certaines malades étaient d'ailleurs d'anciennes syphilitiques, suivant très correctement leur traitement et dont les réactions sérologiques étaient négatives depuis longtemps.

La réaction intradermique de NICOLLE au dmelcos était tantôt négative, tantôt positive, mais on sait qu'il suffit qu'un malade ait présenté, à un moment donné, des chancres mous pour être sensibilisé au dmelcos. Plus intéressante est l'inoculation par cutiréaction du produit de râclage de la lésion. Cette réaction a toujours été négative.

Enfin la biopsie a été pratiquée dans un certain nombre de cas. Nous nous contentons de rapporter le résultat d'un examen, pratiqué par M. RABREAU. Il est suffisamment typique pour nous dispenser d'en rapporter d'autres et pour donner une idée de l'aspect histologique de la lésion.

« L'examen histologique révèle une lésion inflammatoire chronique avec réaction fibreuse assez marquée et réaction inflammatoire à type prédominant plasmocytaire : il existe en effet en certains points une infiltration composée presque uniquement de plasmazellen dont quelques-uns présentent un noyau avec figures mitotiques très marquées : on ne trouve aucune réaction périvasculaire. Il est même remarquable qu'on ne trouve que très peu de vaisseaux dans les coupes ».

L'inoculation au cobaye n'a malheureusement pas été pratiquée. Mais MM. CROSTI et BUQUICCHIO l'ont pratiquée dans des cas analogues et rapportent que le résultat fut presque toujours négatif.

L'on n'a jamais remarqué de complication de l'ulcère chronique simple de la vulve bien que la chronicité de la lésion et la persistance de traumatismes fréquents et renouvelés puissent créer un lieu de moindre résistance pour la dégénérescence maligne ou la formation d'une tumeur épithéliomateuse. Mais nous devons ajouter que notre expérience à ce sujet n'est pas suffisante pour pouvoir donner des précisions, et nous pensons que l'on peut envisager cette dégénérescence comme possible, bien qu'aucun des auteurs qui ont étudié la question ne l'ait observée.

DIAGNOSTIC

C'est sur les symptômes que nous venons d'étudier que l'on posera le diagnostic d'ulcère chronique simple de la vulve.

A. — Sur des symptômes étiologiques ;

- 1° L'arrêt ménopausique ou chirurgical de la menstruation ;
- 2° La profession de la malade : prostituée ;
- 3° La non-contagiosité.

B. — Sur les symptômes cliniques :

- 1° Le siège électif à la fourchette ;
- 2° La forme arrondie plus ou moins régulièrement quand on écarte la vulve ;
- 3° L'aspect ulcéré au centre et surtout les bords en forme de *bourrelet dur*, *d'aspect et de consistance cicatricielle* ;
- 4° L'indolence absolue.

C. — Sur les signes évolutifs :

L'évolution torpide sans tendance à l'extension ni à la cicatrisation,

D. — Sur la négativité des réactions biologiques (Wassermann, réaction de Nicolle, cutiréaction).

E. — Sur la biopsie qui montre une lésion inflammatoire chronique avec réaction fibreuse, une infiltration composée presque uniquement de plasmazellen ; aucune réaction périvasculaire, peu de vaisseaux intéressés par les coupes.

F. — Sur la résistance à tous les traitements locaux ou généraux.

Cependant il est exceptionnel que chez une prostituée, présentant le syndrome que nous avons décrit, l'on pose d'emblée le diagnostic d'ulcère chronique simple de la vulve.

Les caractères cliniques de cette affection ne sont pas assez nets pour le permettre, et il est bien plus naturel de se croire en présence d'une des nombreuses ulcérations de la vulve que l'on voit chez les prostituées, et qui ont une origine déterminée.

Lorsqu'on est appelé à examiner la vulve d'une femme, que, par ailleurs, on sait prostituée, et qui présente une ulcération de la fourchette analogue à celle qui nous intéresse, l'on pense immédiatement à une des maladies si fréquentes dans ce milieu : la syphilis, le chancre mou, la blennorragie.

Ces trois maladies en effet, produisent des ulcérations de la vulve, tantôt aiguës, ou subaiguës, tantôt chroniques.

On éliminera facilement le chancre syphilitique. Car, si, comme l'ulcère chronique simple de la vulve, le chancre syphilitique est souvent unique, toujours indolent, siège parfois à la fourchette, ce n'est pas une ulcération. Il ne creuse pas, il n'est pas entouré d'un bourrelet dur, comme l'ulcère chronique, mais son induration est générale. Il s'accompagne d'une adénopathie caractéristique ; enfin son évolution est subaiguë ; il tend spontanément à la cicatrisation.

D'autre part, nous avons vu que l'ulcère chronique simple de la vulve se présente surtout chez les prostituées âgées, qui ont déjà, presque toutes, contracté la syphilis ; et il est rare que l'on pense, chez elles, à un chancre syphilitique, en présence d'une lésion de la vulve analogue à celle que nous étudions.

Dans le doute, d'ailleurs, un examen de la sérosité à l'ultra-microscope donnera les précisions nécessaires.

Pour les raisons que nous venons d'énumérer, il est difficile de confondre l'ulcère chronique simple de la vulve avec une érosion de syphilis secondaire. En premier lieu, il est bien rare qu'une érosion de syphilis secondaire soit isolée. Il existe souvent d'autres signes de syphilis qu'il convient toujours de rechercher. Ensuite, même une syphilide isolée siégeant à la fourchette, ne ressemble aucunement à l'ulcère chronique. Elle est souvent recouverte d'un enduit diphtéroïde, elle est régulière, peu ulcéreuse. Là encore l'ultra-microscope et la réaction de Wassermann donneront en cas de doute toutes les précisions.

Mais, s'il est facile, par la clinique et par le laboratoire de différencier l'ulcère chronique simple de la vulve, du chancre syphilitique et des érosions de la syphilis secondaire, qui d'ailleurs ont une évolution aiguë ou subaiguë, il est bien plus délicat de faire un diagnostic entre l'ulcère chronique simple et une gomme ulcérée, ou une ulcération de syphilis tertiaire.

L'ulcération de syphilis tertiaire peut, en effet, être unique, et siéger à la fourchette. Comme l'ulcère chronique elle est indolente, son évolution est torpide. Ses bords, taillés à pic, et sa forme régulière peuvent donner le change avec l'ulcère que nous avons décrit, qui est assez régulièrement arrondi et limité par un bourrelet. D'autre part, les deux lésions se manifestent chez des femmes âgées et l'ulcère chronique survient chez des prostituées, donc presque toujours d'anciennes syphilitiques.

Plusieurs cas peuvent se présenter :

1° On sait que la malade, syphilitique ancienne, est régulièrement traitée. Son Wassermann est négatif. L'on peut, dans ce cas, éliminer, presque à coup sûr, la syphilis comme cause de l'ulcération ;

2° On sait la malade syphilitique, mais insuffisamment traitée. Son Wassermann est négatif. La prudence conseille, dans ce cas, de faire une réactivation. Que le Wassermann persiste à être négatif, ou devienne plus ou moins positif, l'on tentera l'épreuve du traitement, qui, chez une syphilitique ancienne, est d'ailleurs toujours indiqué. Si le traitement n'amène aucune amélio-

ration, l'on pourra éliminer la syphilis, car il n'est pas d'exemple que cette maladie ne cède au traitement.

3° On sait la malade syphilitique ancienne, insuffisamment traitée ; son Wassermann est positif. Il n'y a pas d'hésitation possible, on la traitera. Si le traitement, varié et prolongé, bien entendu, n'amène pas d'amélioration, c'est que probablement la lésion n'est pas syphilitique.

Enfin, il convient d'ajouter que la biopsie, qui ne montre dans l'ulcère chronique que nous avons décrit aucune lésion vasculaire ou périvasculaire, permet de rejeter le diagnostic de syphilis.

Toutefois, ce n'est qu'après l'échec du traitement anti-syphilitique, qu'il est permis d'abandonner l'idée d'une origine syphilitique. Notre maître M. CLÉMENT SIMON fait d'ailleurs remarquer que le diagnostic n'est pas facile entre l'ulcère chronique simple de la vulve et les ulcérations syphilitiques quand il dit : « Les ulcérations syphilitiques doivent être étroitement discutées. La plupart de nos malades, mais non pas toutes, étaient syphilitiques. Quelques-unes avaient une séro-réaction positive. Mais les traitements les plus actifs, les plus variés, les plus prolongés n'ont eu aucune action. C'est là, semble-t-il, un argument d'une grande valeur. En outre la biopsie ne montre pas les lésions vasculaires et péri-vasculaires des formations syphilitiques ».

Les différences qui existent entre le chancre mou et l'ulcère chronique simple de la vulve sont beaucoup moins marquées que pour les ulcérations syphilitiques.

L'aspect clinique du chancre mou, à l'œil, est si semblable à celui de l'ulcère chronique simple, que presque toutes les malades nous étaient envoyées avec le diagnostic de chancrelle.

Cependant, il ne faut pas oublier que le chancre mou est douloureux, qu'il s'accompagne d'une adénopathie douloureuse que son évolution, parfois longue, n'est jamais torpide et qu'elle est souvent aiguë ; enfin le chancre mou est auto-inoculable. Bien souvent, un chancre mou, unique au début, s'inocule au voisinage. C'est ce caractère du chancre mou qui permet d'ailleurs de le diagnostiquer à coup sûr, en pratiquant l'auto-inoculation au bras, soit par cuti-réaction, soit par l'intra-épidermoréaction, selon la technique de M. RAVAUT.

L'ulcère chronique, d'autre part, est indolent, son évolution est torpide, il ne s'inocule pas au voisinage. Mais le doute est si souvent permis qu'il est nécessaire de pratiquer les auto-inoculations dont nous venons de parler avant d'éliminer le diagnostic de chancrelle.

Chez nos malades ces réactions ont été négatives. La réaction de NICOLLE au dmelcos, ne peut avoir de valeur chez les prostituées âgées, que lorsqu'elle est négative ; une première infection chancrelleuse même très ancienne, sensibilise en effet l'organisme d'une façon presque indélébile.

Quant aux ulcérations blennorragiques, elles sont, elles aussi, douloureuses, elles sont moins localisées, multiples, réparties autour de l'anneau vulvaire ; elles accompagnent souvent d'autres lésions gonococciques

(cervico-mérite, vaginite, bartholinite, urétrite). Elles sont, d'autre part, plutôt rares chez les prostituées âgées dont le gonocoque est devenu une sorte de commensal bénin, enfin elles sont moins profondes.

M. CLÉMENT SIMON dit, d'ailleurs, au sujet du diagnostic de l'ulcère chronique simple de la vulve : « Le diagnostic de cette ulcération est possible quand on en connaît l'existence. Mais on la confond, comme nous l'avons fait, avec les ulcérations blennorragiques qui, cependant sont, en général, douloureuses, moins localisées, moins profondes ; avec les chancres mous qui sont cependant douloureux, d'évolution parfois longue, il est vrai, mais non torpide et qui sont toujours auto-inoculables. Dans nos cas, l'auto-inoculation a toujours été négative. Quant à la réaction de NICOLLE, elle n'a guère de valeur dans le cas qui nous occupe. On sait, en effet, que cette réaction persiste plusieurs années après que les chancres mous sont guéris, et la plupart des prostituées ont présenté des chancres à un moment de leur existence ».

Mais à côté de la syphilis, du chancre mou, de la blennorragie qui sont les maladies de beaucoup les plus fréquentes chez les prostituées, il existe d'autres maladies qui peuvent amener la formation d'ulcérations chroniques de la vulve et qu'il convient d'éliminer avant de poser le diagnostic d'ulcère simple traumatique.

C'est d'abord la tumeur maligne. Il existe, en effet, dans les tumeurs malignes de ces ulcérations, atones,

torpides, et nous avons vu que l'on pouvait envisager l'hypothèse d'une dégénérescence maligne de l'ulcère chronique simple de la vulve. Mais, outre que la tumeur maligne essentielle de la vulve est une rareté, la biopsie et l'examen historique permettent d'éliminer l'hypothèse d'une tumeur maligne, d'une façon absolue.

La tuberculose, elle aussi, peut occasionner de ces ulcérations chroniques, et nous avons vu que les premiers auteurs qui ont étudié l'esthiomène de la vulve établissaient un rapprochement entre cette lésion et le lupus. Cependant, l'ulcération que nous avons décrite, ne ressemble que de loin cliniquement, à l'ulcération tuberculeuse. Celle-ci a des bords irréguliers, décollés, elle est douloureuse, le fond est sanieux, purulent.

Des auteurs italiens, comme nous l'avons vu au cours de l'étude historique, ont recherché une origine tuberculeuse aux ulcérations chroniques de la vulve. Ils ont pratiqué l'inoculation au cobaye, ils ont fait des cuti-réactions à la tuberculine. Ils ont conclu que le plus souvent ces réactions ont été négatives. L'un d'entre eux, M. CROSTI, a isolé un bacille acidorésistant analogue au bacille de Koch, mais il est difficile étant donné la flore luxuriante de la vulve et du vagin de lui attribuer un rôle sûrement pathogène.

L'on peut aussi attribuer aux mycoses un rôle dans la formation d'ulcérations chroniques de la vulve. Mais leur évolution est plus rapide. Elles ont une tendance accentuée à l'extension que n'a pas l'ulcère chronique

simple et ce n'est que pour mémoire que nous les citons.

La clinique, le laboratoire, les réactions biologiques, le microscope, l'inefficacité des traitements spécifiques nous ont permis, en présence de notre ulcération chronique de la vulve, d'éliminer la syphilis, la blennorragie, le chancre mou, la tuberculose, les mycoses, le cancer. L'on peut cependant encore envisager plusieurs diagnostics.

« D'autre part, dit M. CLÉMENT SIMON, il faut toujours penser, en face d'une ulcération chronique de la fourchette à un rétrécissement du rectum. Et au début nous avons cru que le rétrécissement était presque constant. Il n'est pas constant ».

FOURNIER, dans sa magistrale étude du syphilome ano-rectal avait signalé que souvent, il coexistait une ulcération de la fourchette. De nombreux auteurs, et notamment M. JERSILD, ont repris l'étude de cette question. Tous sont d'accord pour reconnaître que dans ce cas, l'ulcération de la fourchette qui ressemble à s'y méprendre à celle que nous étudions, n'est qu'un épiphénomène. M. JERSILD nie l'origine syphilitique du syphilome. Pour lui et pour de nombreux auteurs modernes, le syphilome et son corollaire le rétrécissement du rectum sont dus à des obstructions lymphatiques. Avec M. FREI et Mlle KOPPEL, il en donne pour cause principale la lymphogranulomatose de NICOLAS et FAVRE. Sans être aussi absolu, M. CLÉMENT SIMON dit : « Mais alors l'ulcération de la vulve, bien qu'ayant les caractères que

nous avons décrits, n'est qu'un épiphénomène dans le cours de l'évolution du rétrécissement du rectum et est due, comme lui, à des obstructions lymphatiques d'origine variée, parmi lesquelles on retrouve souvent, mais non toujours, la syphilis. »

Le diagnostic de l'ulcération que nous avons décrite avec celle du rétrécissement du rectum est assez délicat. En effet, les caractères cliniques sont absolument identiques, d'évolution aussi torpide, l'indolence absolue dans les deux cas. C'est alors qu'au toucher rectal, on se rendra compte de l'existence d'un rétrécissement, en n'oubliant pas que chez les prostituées, l'anus est « l'entrée des copains », et qu'il peut coexister des lésions rectales qui rendent le diagnostic impossible.

D'ailleurs, l'on peut admettre, dans une hypothèse hardie, que les troubles de la circulation lymphatique produisent les mêmes effets que l'absence de menstruation, et que l'ulcération qui accompagne le rétrécissement du rectum est d'origine traumatique.

Cependant, l'absence de rétrécissement du rectum que nous avons observée permet de rejeter ce diagnostic avec certitude.

L'on fera facilement le diagnostic entre l'ulcère chronique simple, que nous avons décrit, et l'ulcération avec éléphantiasis, que l'on a décrit sous le nom, d'esthiomène. Pour de nombreux auteurs, dont M. JERSILD, l'éléphantiasis de la vulve est le pendant vulvaire du rétrécissement du rectum ; il découle des mêmes origines, l'ulcération n'est là aussi qu'un épiphénomène.

Au contraire, dans l'ulcère chronique que nous étudions dans ce travail, l'ulcère existe, seul, sans éléphantiasis.

Enfin, il sera facile d'éliminer un dernier diagnostic. On peut confondre, notre ulcus vulvæ simplex chronicum, avec la bordure de l'orifice d'une fistule vulvo-rectale : un stylet fera facilement la discrimination.

Mais, après avoir éliminé, comme nous venons de le faire, tous les diagnostics qui se présentent en face d'une ulcération de la fourchette, il ne faut pas se hâter de conclure que la lésion est un ulcère chronique simple, répondant à la description que nous en avons faite.

Ce n'est, peut-être, qu'une ulcération due à un agent extérieur banal : une brûlure, par une canule trop chaude par exemple, une érosion, due à un caustique médicamenteux employé imtempestivement, une déchirure, obstétricale mal cicatrisée, ou provoquée par l'introduction, dans le vagin, d'un objet insolite dans une intention érotique. C'est peut-être aussi une lésion légère et bénigne, provoquée par une masturbation maladroite, par un coït brutal ; ou encore, une lésion, plus sérieuse, rentrant dans le cadre de la médecine légale, au cours d'un viol. Mais dans tous ces cas, le diagnostic sera fait par l'anamnèse, la cicatrisation rapide et spontanée.

Enfin, il semble qu'il existe chez les prostituées, une ulcération, plus ou moins chronique, qui a les mêmes

caractères cliniques que l'ulcère chronique simple de la vulve. Elle semble, elle aussi, due aux traumatismes professionnels et guérit par le repos. A vrai dire, le diagnostic ne se pose pas entre les deux lésions, et nous allons montrer, en étudiant la pathogénie de l'*ulcus vulvæ simplex chronicum*, la parenté qui unit les deux formes d'ulcérations.

En résumé, le diagnostic de l'ulcère chronique de la vulve, est un diagnostic d'élimination. En discutant ce diagnostic, nous avons suivi le chemin que M. CLÉMENT-SIMON a suivi lui-même pour arriver « à la conviction qu'il existe chez les prostituées un ulcère chronique simple de la vulve » et pour l'individualiser des autres lésions chroniques de cette région.

Comme lui, nous pensons que le diagnostic de cette ulcération n'est possible que lorsqu'on en connaît l'existence.

PATHOGÉNIE

Avant de terminer ce travail, il nous a semblé utile d'étudier par quel mécanisme apparaît et évolue l'ulcus vulvæ simplex chronicum. L'on comprendra ainsi pourquoi on ne peut les voir que chez les prostituées. Cet aperçu pathogénique nous permettra en outre de discuter la thérapeutique à apporter à cette lésion, qui tout en étant fort bénigne, n'en reste pas moins, parfois, très gênante.

Nous avons dit, en étudiant l'étiologie de cette maladie qu'elle était due aux traumatismes répétés. Il y a déjà très longtemps que de nombreux auteurs ont mis en évidence le rôle des traumatismes dans les affections de la vulve.

Nous avons vu, à St-Lazare, dans le service auquel nous étions affecté, un grand nombre de prostituées, présentant à la vulve et à l'anus des ulcérations, qui n'étaient ni syphilitiques, ni chancrelleuses, ni blennorragiques et qui guérissaient spontanément par le repos; ce qui élimine l'hypothèse de lésions tuberculeuses, cancéreuses et mycosiques.

Il est facile d'envisager alors que ces ulcérations sont d'origine traumatique, professionnelle, même celles de l'anus, car il ne faut pas l'oublier, les prostituées pratiquent assez volontiers, quand on y met le prix, le coït anal. Il ne nous paraît pas invraisemblable d'admettre que ces lésions sont de simples érosions, provoquées par un coït un peu brutal et entretenues par des coïts renouvelés.

L'expérience courante montre, en effet, que la moindre lésion traumatique a une tendance spontanée à la guérison, mais que, si l'on continue à exercer le traumatisme qui la provoque, la guérison en est considérablement gênée, et il se produit une organisation de la lésion. C'est ainsi que se forment les épaissements cornés de l'épiderme des mains de certains travailleurs manuels, et nous pourrions citer une quantité innombrable d'exemples de ce genre.

Que le coït, pratiqué dans certaines conditions, soit traumatisant pour les muqueuses, c'est également un fait qu'on ne peut mettre en doute et que l'on constate bien souvent. L'on voit nombre d'hommes, qui, au cours du coït, se sont fait des érosions de la muqueuse préputiale ou balanique. De nombreux auteurs admettent même que ces érosions sont nécessaires à l'inoculation des germes pathogènes, comme le tréponème et le bacille de Ducrey.

La plupart du temps, ces lésions cicatrisent vite, car l'homme qui en est atteint cesse spontanément, pendant quelque temps de pratiquer le coït, et c'est le *repos*

pur et simple de l'organe qui amène la cicatrisation.

Ce que l'on voit chez l'homme, on le voit aussi chez la femme. Les observations sont nombreuses de jeunes mariées, ou de jeunes femmes, dont la muqueuse vulvaire a été légèrement érodée par un coït maladroit. Chez certaines d'entre elles, ces lésions ont pu provoquer du vaginisme, et rendre plus difficiles, au grand désespoir du mari, les coïts ultérieurs. Mais, là encore, la *mise au repos* de l'organe a bien souvent amené la guérison rapide et complète de cette petite plaie.

Moins encore que les autres femmes, les prostituées sont à l'abri de petits incidents de ce genre ? Et, lorsqu'on pense à la rapidité avec laquelle bien souvent elles pratiquent le coït, voire à la brutalité du partenaire qu'elles subissent, l'on ne doit pas s'étonner de voir chez elles, plus souvent que chez les autres, de petites érosions de la muqueuse vulvaire.

Mais, tandis que le repos, chez la femme qui n'est pas obligée de vivre du coït, suffit pour amener la cicatrisation, chez la prostituée, au contraire, le coït professionnellement renouvelé, subi plusieurs fois par jour, toujours avec rapidité, parfois avec brutalité et violence provoque une organisation de l'érosion banale simple, qui prend l'aspect ulcéreux, de même que le traumatisme professionnellement répété plusieurs fois par jour du rabot, amène, chez le menuisier, un épaissement corné de l'épiderme de la main ; de même que la marche et la station debout des malades atteints d'un ulcère variqueux, en empêche la cicatrisation,

Et, de même que le menuisier qui abandonne le rabot voit peu à peu disparaître les lésions de ses mains ; de même que le porteur d'ulcère variqueux, que l'on hospitalise et que l'on maintient au lit, voit peu à peu cicatriser son ulcère ; de même la prostituée, que l'on hospitalise pour la lésion ulcéreuse traumatique, qu'elle porte à la vulve, et qui, de ce fait, cessant de pratiquer le coït, cesse de s'exposer aux traumatismes, voit *par le repos*, cicatriser peu à peu son ulcération vulvaire. Elle y mettra d'ailleurs un temps d'autant plus long que la lésion est plus ancienne.

C'est du moins ce que les auteurs qui se sont occupés de la pathologie des prostituées ont observé souvent. C'est aussi ce que nous avons eu plusieurs fois l'occasion de voir à Saint-Lazare.

Nous avons remarqué encore que la guérison de ces ulcérations traumatiques simples, que le repos suffit à amener, est plus ou moins longue à obtenir, non seulement à cause de l'ancienneté de la lésion, mais encore à cause du terrain sur lequel elle évolue.

Il existe notamment un certain nombre de femmes, les unes précocement adipeuses, d'autres qui présentent à un degré plus ou moins accentué des phénomènes d'acrocyanose ou d'acroasphyxie, d'autres qui présentent un syndrome général plus ou moins marqué d'insuffisance pluriglandulaire, se manifestant par un léger aspect myxœdémateux ou par des irrégularités cataméniales, règles peu abondantes, ou trop espacées, chez

lesquelles la guérison d'une ulcération traumatique simple est plus lente et plus difficile.

Ces phénomènes ont été notés déjà depuis longtemps, dans un autre ordre d'idées, par les accoucheurs. Ils ont signalé depuis longtemps que certaines femmes sont prédisposées à avoir des vergetures pendant leurs grossesses, que certaines femmes ont la fourchette fragile, et qu'elles auront, plus que d'autres, tendance à rompre leur périnée, lors de l'accouchement.

Plus généralement, les chirurgiens ont noté, pour leur part, que, chez certains individus, les plaies ont une tendance à cicatriser plus difficilement, car la cicatrisation dépend, non seulement de la nature de la plaie et de l'agent thérapeutique, mais encore du terrain, c'est-à-dire de la qualité des tissus du malade.

Il est donc compréhensible que chez les prostituées atteintes d'une ulcération traumatique de la vulve, la plus ou moins bonne qualité des tissus vulvaires donne une cicatrisation plus ou moins rapide. Le terrain, là comme ailleurs, joue son rôle.

Nous venons de voir que la cicatrisation d'une ulcération traumatique simple de la vulve est soumise à l'état des tissus sur lesquels elle évolue.

Chez la femme jeune, normale, la cicatrisation est rapide; chez la femme dont les tissus sont moins bons, elle est plus lente.

Or, il ne faut pas oublier que la vulve fait partie de l'appareil génital de la femme, et que, si tous les tissus féminins se modifient plus ou moins à la puberté et à la

ménopause, c'est de tous, ceux de l'appareil génital qui subissent les plus importantes modifications.

L'arrêt des fonctions des ovaires entraîne une involution de tout l'appareil génital, et les tissus de la vulve se modifient considérablement.

M JAYLE a étudié tout particulièrement cette question, et il a remarqué que, chez certaines femmes, cette involution était poussée à tel point « qu'elle méritait une « dignité clinique parce qu'elle gêne le coït ». M. JAYLE a décrit ces modifications de la vulve sous le nom de kraurosis vulvæ. Le kraurosis vulvæ avait déjà été étudié par BREISKI en 1885, mais cet auteur le confondait avec les leucoplasies de la vulve.

Voici la définition que M. JAYLE donnait en 1906 du kraurosis vulvæ : « c'est un état morbide caractérisé cliniquement par l'atrophie et la rétraction du revêtement cutanéomuqueux de la vulve, et plus particulièrement de l'anneau vulvaire, histologiquement par la sclérose du derme, avec lésions épidermiques variables. »

M. JAYLE divisait le kraurosis vulvæ en quatre formes étiologiques : le kraurosis blanc, le kraurosis inflammatoire, le kraurosis sénile, et le kraurosis post-opératoire.

Il en donnait la description suivante : « absence apparente des petites lèvres, les téguments sont lisses depuis le mont de Vénus, jusqu'au méat urinaire ; et passent par-dessus le clitoris sans former le replis ; il n'existe plus de frein ni de prépuce. On observe parfois une bande cicatricielle blanche ou une sorte de repli sur la

ligne médiane du vestibule. Le clitoris est, tantôt tout à fait caché par les téguments rétractés, tantôt aperçu à travers un petit orifice cutané, délimité par les restes du frein et du prépuce. En écartant les grandes lèvres on voit se former un pli transversal au-dessous du méat. A la partie postérieure de la vulve, mais à un degré peut-être moins prononcé, existent des signes analogues de rétraction ; la peau est inextensible et forme des plis lorsqu'on cherche à la distendre ».

En 1908, THIBIERGE reprenait l'étude du kraurosis vulvæ, et il en donnait la description suivante ; qui correspond à la conception actuelle de cette affection : « Au-dessous du mont de Vénus, le système pileaire est presque toujours plus ou moins réduit, les grandes lèvres sont généralement flasques, quelquefois applaties, atrophiées, rappelant souvent l'aspect de la peau du scrotum.

« Les petites lèvres sont rétractées, forment des replis verticaux et antéropostérieurs, dont la hauteur ne dépasse jamais, et n'atteint pas toujours la moitié de la distance entre le clitoris et la fourchette : mesurant à peine deux ou trois centimètres de long, elles n'ont pas plus d'un demi-centimètre de large ; rigides, elles forment comme une lame de carton légèrement ondulée.

« En haut, elles se continuent avec le capuchon du clitoris qui présente sensiblement le même aspect.

« Entre le clitoris et l'urètre, le vestibule forme une surface lisse, parfois avec des brides dures et fibreuses partant de l'orifice urétral.

« La fourchette est le plus souvent accusée souvent

déformée par les cicatrices de ruptures, résultant d'accouchements antérieurs : elle ne forme jamais dans ces cas accusés le repli semi-lunaire qu'on observe chez les femmes jeunes nullipares.

« L'orifice vaginal est rétréci, à son pourtour la muqueuse est plissée comme une bourse, l'entrée du vagin est dure, inextensible...

« Les caroncules sont presque toujours très apparents, formant des bourgeons durs, arrondis, ou allongés, souvent légèrement pédiculés, rappelant la forme de marisques distendus.

« Telles sont les modifications que le kraurosis impose à la vulve...

« Outre les modifications dans sa morphologie générale, les téguments de la vulve, présentent dans leur aspect, dans les caractères de leur surface des modifications dont les descriptions des auteurs ne donnent qu'une idée très insuffisante, voire même inexacte :

« Un caractère sur lequel il convient d'insister et qu'il y a lieu de mettre en pleine lumière, parce qu'il donne à la vulve kraurosique sa physionomie spéciale, et permet d'identifier le kraurosis à d'autres processus anatomiques : c'est l'aspect lisse et brillant du tégument vulvaire dans toute son étendue...

« Le même aspect, la même apparence vernissée de surface endothéliale, se voit sur le vestibule, sur la partie interne des grandes lèvres, sur toute l'étendue des petites lèvres, sur le capuchon du clitoris, sur l'orifice vulvaire, sur les caroncules ; il se prolonge jusque sur la muqueuse du vagin...

« En aucun point, je n'ai vu d'épaississement épidermique, rien qui rappelle même de loin la leucoplasie ».

Avant d'arriver à ce stade il existe d'après Thibierge, un stade prékraurotique :

Dans ce stade, « les grandes lèvres, dit l'auteur, ont conservé leur aspect normal ; les petites lèvres ont parfois l'aspect lamellaire, l'induration et l'absence d'élasticité qui caractérisent le degré ultime ; d'autres fois, elles ont conservé presque toute leur élasticité, mais se sont effacées, formant une simple bande qui entoure plus ou moins complètement l'orifice vulvaire, à un degré plus atténué encore, elles ont sur leur face externe et sur la partie antérieure de leur face interne conservé leur aspect granuleux, leurs saillies glandulaires, et ne prennent l'aspect lisse que dans la moitié ou le tiers postérieur de leur face interne. Au-dessous du clitoris, jusqu'au niveau de l'urètre et à l'orifice vaginal la muqueuse a pris un aspect lisse, brillant, « foie gras », sa coloration est uniformément rose pâle lorsqu'on la tend, sans grandes traces de télangiectasie, souvent même sans aucune vascularisation visible. L'orifice vaginal est de dimension normale, si son extensibilité est un peu diminuée, il permet l'introduction facile et non douloureux de deux doigts ».

L'étiologie que THIBIERGE donne du kraurosis vulvæ est précise. Pour lui la seule cause de cette affection est *l'arrêt des fonctions ovariennes*. Il dit qu'elle survient : « chez des femmes âgées après la ménopause ou les femmes jeunes ayant subi l'ablation de l'appareil utéro-ovarien »,

Ce fait avait déjà été observé par M. JAYLE « Le Kraurosis, disait cet auteur, se développe chez les femmes dont les ovaires n'existent plus anatomiquement (castration) ou physiologiquement (atrophie) ».

Pour les lésions incomplètes de la période prékraurotique, Thibierge dit qu'elles existent « chez des femmes dont les fonctions menstruelles sont abolies ou fortement modifiées, des femmes arrivées à la ménopause ou parvenues à une époque voisine de la ménopause ».

Enfin, THIBIERGE signale que le kraurosis vulvæ est fréquent, il l'a rencontré une fois sur huit. Il ajoute que, souvent, les autres muqueuses sont aussi lisses et brillantes, que la peau est sèche et sénile.

Il conclut que le « kraurosis vulvæ » doit être considéré comme une localisation du processus atrophique qui caractérise l'involution sénile des téguments en général ». D'après cet auteur, l'on ne doit ranger parmi les causes du kraurosis ni la syphilis, ni la blennorrhagie, ni les excès génitaux. L'auteur termine par cette phrase qui ne peut laisser aucun doute : « Le kraurosis est la conséquence de l'involution des tissus avoisinant l'orifice vulvaire, et est lié à la suppression des fonctions ovariennes ».

BROCQ, en 1915, revenant sur le kraurosis, reprend la description de Thibierge et déclare qu'il n'y a rien à ajouter.

Nous voyons, par l'étude du kraurosis vulvæ, à quel degré peuvent se modifier les tissus de la vulve, après

l'arrêt des fonctions ovariennes. Il est donc bien compréhensible que, sur une vulve kraurosique ou prékraurosique, la guérison d'une ulcération traumatique telle que celles que nous venons d'étudier chez la prostituée jeune, normale, soit, sinon impossible, du moins très difficile.

D'autre part, et M. CLÉMENT SIMON insiste tout spécialement sur ce point, il se fait une organisation cicatricielle de l'ulcération ; ce phénomène est absolument du même ordre que les phénomènes atrophiques du kraurosis.

En résumé, l'*ulcus vulvæ simplex chronicum* est une organisation cicatricielle, kraurosique, pourrions-nous dire, d'une ulcération traumatique simple, survenue chez une prostituée dont la vulve a commencé à subir l'involution ménopausique, et à devenir kraurosique.

PRONOSTIC

L'ulcus vulvæ simplex chronicum est une lésion bénigne. Nous en avons suivi plusieurs cas, pendant plusieurs années, nous ne les avons jamais vu se modifier. Au point de vue général, cette lésion n'occasionne aucun trouble. Localement, elle n'est pas très gênante. Elle ne saurait empêcher l'accouchement, puisqu'elle ne survient guère que chez des femmes qui n'ont plus de fonction ovarienne. Tout au plus gênerait-elle le coït, chez des femmes qui vivent de ce geste. Mais, non seulement l'ulcère chronique simple de la vulve n'est pas douloureux, mais encore il n'est pas contagieux ; et nous savons que les malades qui font l'objet de cette étude continuent à se livrer à la prostitution, sans éprouver d'autre ennui que celui d'être envoyées périodiquement à St-Lazare, par les médecins de service de prophylaxie, qui n'ont pas le temps d'étudier à fond une lésion, présentant de nombreuses analogies avec les ulcérations vénériennes contagieuses.

TRAITEMENT

Il n'y a actuellement aucun traitement de l'ulcère chronique simple de la vulve constitué, organisé. L'on peut même ranger parmi les symptômes de cette affection la résistance à tous les traitements.

« Il s'est fait, dit M. Clément Simon, une organisation fibreuse, cicatricielle, absolument torpide, que ni le repos, ni les topiques ne parviennent à modifier ».

Certes, il est sûr que, prise très au début, la femme, peut guérir d'une érosion traumatique encore banale. *Le repos* suffit ainsi que l'expérience l'a démontré.

Nous allons passer en revue les divers traitements qui ont été employés, chez les malades de St-Lazare :

1° En premier lieu, du fait de l'hospitalisation des malades, les traumatismes professionnels sont supprimés.

2° Considérant cette ulcération comme une lésion qui pouvait avoir une parenté avec le chancre mou, nous avons appliqué sur la plaie les différents topiques en usage pour la chancrelle, depuis l'aristol et l'iodoforme, jusqu'au chlorure de zinc et au nitrate d'argent.

L'expérience a montré que ces agents thérapeutiques

n'ont jamais amené autre chose qu'une légère amélioration.

3° Le dmelcos intraveineux a été tenté également afin d'essayer le pouvoir de la thérapeutique des chocs. M. MORIN a observé une malade chez laquelle le dmelcos avait amené une légère amélioration. Pour les autres cas, aucune modification n'a été observée.

4° Chez la plupart de ces malades suspectes de syphilis ancienne, il a été pratiqué une thérapeutique anti-syphilitique énergique. Arsenic, mercure, bismuth ont été tentés. Les traitements ont été prolongés, agissant sur la sérologie, sans amener aucune modification.

5° Une méthode de traitement par des scarifications est actuellement à l'étude dans le service de M. Clément Simon. Il n'y a pas encore de résultat assez notable pour pouvoir apprécier cette méthode.

D'autres thérapeutiques peuvent être envisagées :

1° L'exérèse chirurgicale. M. Poupardin préconise cette exérèse avec clivage de la paroi postérieure du vagin, et abaissement de cette paroi, comme pour la périnéorrhaphie. Il insiste cependant sur la désinfection soigneuse qui devra précéder cette intervention. Il va sans dire qu'elle serait imprudente chez des malades qui ont des pertes vaginales abondantes, et même moyennes ou des lésions vénériennes aiguës. Bien souvent même, la flore vaginale abondante est une contre-indication telle, que d'après M. Poupardin, cette intervention est à peu près irréalisable et non seulement cette intervention n'est pas très facile à pratiquer, mais encore, elle ne semble pas indiquée pour d'autres rai.

sons. Etant donné l'état plus ou moins atrophique des tissus, l'on est en effet en droit de se demander comment se comporteraient les lèvres de la plaie, et si celle-ci pourrait cicatriser convenablement ;

2° La cautérisation au cautère, n'aboutirait guère qu'à la formation d'une escharre derrière laquelle les tissus atrophiques ne se reformeraient point ;

3° Une thérapeutique par les rayons et plus particulièrement les ultraviolets et surtout les infrarouges et la diathermie, qui pour des raisons économiques n'ont pu être tentées, chez les malades de Saint-Lazare, pourra peut-être donner des résultats favorables ;

4° L'acétylcholine et l'insuline qui ont donné de bons résultats sur des ulcérations chroniques consécutives à un certain degré d'atrophie et analogue à l'ulcère chronique simple à la vulve pourraient, d'après M. Poupardin, et M. Rabreau avoir d'assez bons résultats. Ces thérapeutiques méritent en tous cas d'être discutées et tentées ;

5° Enfin, il est possible, dans les cas récents, et surtout, chez les femmes jeunes qui ont subi la castration chirurgicale de modifier le terrain défavorable chez lequel s'organise l'ulcère chronique, par une opothérapie bien conduite.

Suppléant ainsi aux ovaires déficients, l'on peut imaginer qu'il soit possible de rendre aux tissus vulvaires leurs qualités. Peut-être alors les topiques pourront-ils avoir raison d'une ulcération qui se comporterait comme une ulcération traumatique, banale.

En résumé, à la période de début, le repos suffit à amener la cicatrisation. Par la suite, et quand l'ulcère

est définitivement constitué, il semble que la malade doive prendre son parti de vivre avec une lésion qui, l'expérience le montre, ne la gêne pas outre mesure, et la laisse en général, parfaitement indifférente.

OBSERVATIONS

Nous publions à l'appui de ce travail quelques observations parmi les plus caractéristiques de celles que nous avons relevées à Saint-Lazare.

Aux trois premières observations, déjà publiées par M. Clément Simon, nous en joignons trois autres où l'on décrit de façon caractéristique, l'ulcère chronique simple de la vulve chez la prostituée âgée et qui ne voit plus ses règles.

Obs. I. — Loj..., 44 ans. Prostituée, syphilitique depuis l'âge de 32 ans, ne voit plus ses règles depuis 3 ans.

Au niveau de la fourchette, ulcération à évolution torpide, de la dimension d'une pièce de 1 franc. Les bords sont durs et forment un *bourrelet* tout autour de la lésion avec un décollement assez considérable à la partie postérieure et, au contraire, nettement délimités vers la partie antérieure. Le fond est bourgeonnant et verrouillé et donnerait au premier abord l'impression d'un chancre mou, mais cependant le fond est moins purulent et *l'indolence est absolue*. Sur les deux parois

latérales de la vulve, près des orifices de la glande de Bartholin, il existe deux autres ulcérations moins étendues et moins caractéristiques. Il n'existe pas de rétrécissement du rectum, mais, si l'on fait saillir, par le toucher rectal, les lésions de la fourchette, elles se présentent comme une ulcération profonde, bourgeonnante, rouge chair musculaire, encadrée par la muqueuse saine dont elle est séparée par un *bourrelet grisâtre et de consistance cartilagineux*. Il y a de la micropolyadénite inguinale.

L'inoculation au bras est négative, l'intradermoréaction de Nicolle est négative. Wassermann négatif et, après réactivation, légèrement positif. Aucune action du traitement sur l'ulcération.

Biopsie (Dr Rabreau). — L'examen histologique révèle une lésion inflammatoire chronique, avec réaction fibreuse assez marquée et réaction inflammatoire à type prédominant plasmocytaire: il existe en effet, en certains points une infiltration composée presque uniquement de plasmazellen dont quelques-uns présentent un noyau avec figures mitosiques très marquées: on ne trouve aucune réaction périvasculaire. Il est même remarquable qu'on ne trouve que très peu de vaisseaux dans les coupes.

Suivies pendant trois ans, les lésions n'ont subi qu'une très légère amélioration, attribuable au repos. Elles ne se sont pas non plus aggravées.

Obs. II. — Lech..., 41 ans. Prostituée. Syphilitique depuis l'âge de 32 ans. Wass. actuellement négatif. Ne voit plus ses règles depuis 18 mois.

Ulcération de la fourchette mesurant environ 13 mm. de longueur et 10 mm. de largeur. La forme est arrondie, à bords bien limités, non décollés, et formant, à droite, une sorte de *bourrelet*.

À gauche, au contraire, l'ulcération présente un bourrelet beaucoup moins marqué. L'ulcération semble formée de deux parties, l'une médiane où l'on aperçoit, à travers un enduit grisâtre, la muqueuse assez rouge et saignant facilement. L'autre partie est séparée de la première par un bord comme tracé à l'aiguille, très fin : elle est formée par le bourrelet que nous avons décrit. L'ensemble rappelle l'ulcère leucoplasique que Darier a décrit à la langue. Dans son ensemble l'ulcération n'est pas creuse ; elle est plate avec simplement une petite dépression exactement médiane. La consistance est ferme, *un peu cicatricielle sur les bords. L'indolence est absolue.*

La malade présente en outre deux cicatrices latérales consécutives à des bartholinites suppurées et ouvertes.

Pas d'infection gonococcique actuelle. Pas de rétrécissement du rectum.

Inoculation au bras par cuti, négative ; intradermoréaction de Nicolle négative.

Cette malade a été suivie pendant trois ans : sa lésion ne s'est jamais modifiée. Aucune modification n'a été observée depuis lors.

Obs. III. — Desp..., 47 ans. Prostituée. Syphilitique depuis un temps indéterminé, Wassermann fortement positif, n'est plus réglée depuis 3 ans.

Au niveau de la fourchette, il existe une ulcération, de la dimension d'une pièce de un franc, formant une sorte d'anfractuosité, comme dans certains cas de fistule vagino-rectales. Cette ulcération est nettement délimitée par des bords non décollés mais présentant à la partie antérieure une sorte de *bourrelet d'apparence cicatricielle*. Le fond de la lésion est sanieux, recouvert d'un exsudat purulent. *Indolence absolue*. La malade ne peut préciser le début à la lésion. Il existe un certain degré de Kraurosis vulvæ. Pas de rétrécissement du rectum. Adénopathie inguinale, banale, surtout à droite. Inoculation au bras, négative. Intradermoréaction de Nicolle positive.

Rebelle à tous les traitements, la lésion n'a que très peu varié, depuis cette époque.

Obs. IV. — Car..., 47 ans. Prostituée. Syphilitique depuis un temps indéterminé, asymptomatique. Wassermann positif. N'est plus réglée depuis deux ans.

Large ulcération de la fourchette longue d'environ deux centimètres, large de un centimètre environ. Le fond est jaunâtre, à limite nette. Les bords ne sont pas décollés. Il est entouré d'une zone rouge vif, à la périphérie de laquelle existe un *bourrelet* dur d'aspect cicatriciel. A la partie supérieure, l'ulcération figure une sorte de fossette anfractueuse, sur la partie postérieure de l'anneau vulvaire, alors que l'extrémité inférieure se

termine par un *bourrelet d'aspect et de consistance cicatriciels*. L'indolence est absolue. Au toucher rectal, pas de rétrécissement du rectum. Inoculation au bras par cuti, négative. Intradermoréaction de Nicolle négative.

Aucune amélioration importante n'a été notée depuis, malgré toutes les thérapeutiques.

Obs. V. — Chav..., 62 ans. Prostituée. Syphilitique depuis un temps indéterminé, Wassermann positif. Hystérectomie à l'âge de 45 ans.

Erosion de la fourchette, de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50. Le fond est rouge, recouvert d'un exsudat jaunâtre. Les bords sont nets, formant à la partie inférieure un *bourrelet* induré grisâtre. L'indolence est absolue. Il existe une adénopathie inguinale banale.

Il existe du Kraurosis vulvæ. La région de la fourchette semble plus spécialement scléreuse. Il se produit des fissures quand on veut la distendre. Il n'existe pas de rétrécissement du rectum.

Inoculation par cuti négative. Intradermoréaction de Nicolle douteuse.

Aucune amélioration n'a été observée.

Obs. VI. — H..., 53 ans. Prostituée. Syphilitique depuis un temps indéterminé. Traitée depuis 5 ans. Wassermann actuellement négatif. Ne voit plus ses règles depuis 6 ans.

Présente une ulcération de la fourchette de la dimension d'une pièce de un franc, allongée vers l'orifice vaginal. Les bords sont nets, non décollés, indurés et pré-

sentent un *bourrelet* d'aspect cicatriciel. Le fond est rouge jaunâtre. *L'indolence est absolue*. Cette lésion existe depuis plusieurs années sans s'être jamais modifiée. Il y a un certain degré de kraurosis de la vulve. Il n'existe pas de rétrécissement du rectum.

Inoculation par cuti négative. Intradermoréaction de Nicolle négative,

Obs. VII. — *Celle d'une jeune prostituée qui a subi une hystérectomie subtotale, et chez laquelle nous avons observé l'ulcus vulvæ simple chronicum.*

Jov..., 23 ans, Prostituée, Syphilitique depuis trois ans, régulièrement traitée, actuellement en traitement. Wassermann négatifs depuis deux ans et demi. Hystérectomie depuis un an environ. Chancre mou guéri d'autant d'il y a environ deux mois.

Vient consulter pour une ulcération de la fourchette, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Ulcération régulière arrondie, recouverte d'un exsudat jaunâtre, sous lequel apparaît un fond rouge chair musculaire. Les bords non décollés, nets, sont limités entièrement par un *bourrelet* grisâtre, induré. La lésion est absolument *indolente*. Il n'existe pas de rétrécissement du rectum.

L'inoculation au bras par cuti est négative ; l'intradermoréaction de Nicolle est positive.

Suivie pendant plusieurs mois, la lésion n'a pas varié.

Obs. VIII. — *Cette dernière observation a trait à une ulcération simplement traumatique, nous l'avons ajoutée afin de montrer les similitudes et les différences qui existent, nous semble-t-il, entre ces ulcérations traumatiques simples, chez les femmes jeunes et bien réglées, et l'ulcération simple chronique de la femme qui ne voit plus ses règles.*

Louv..., 22 ans. Prostituée. Aucun signe clinique de syphilis. Wassermann en série négatifs pendant deux mois. Etat général adipeux, avec phénomènes d'acroasphyxie. Règles régulières, mais peu abondantes.

Ulcération de la fourchette, apparue environ trois semaines avant le premier examen. *Indolore*, accompagnée d'une adénopathie de l'aîne droite à type polyadénite. L'ulcération siège à la fourchette dans la région du vestibule ; elle a la dimension d'une pièce de 50 centimes. D'aspect atone, mal limitée vers la face postérieure du vagin, elle est limitée en bas par un *bourrelet* papillomateux, non érodé, *assez dur* à la palpation. Le fond est sanieux par endroits, rouge, chair musculaire en d'autres. Il repose sur une base indurée.

Au premier abord, on pose le diagnostic de chancre syphilitique. Plusieurs examens à l'ultramicroscope sont négatifs. Les Wassermann, pratiqués chaque semaine, sont négatifs. La réaction de Vernes reste à 0. Malgré cela un traitement est instauré, qui n'amène pas la guérison, bien que prolongé plus d'un mois.

Cutiréaction par inoculation, et intraépidermoréaction de Ravaut, négatives. Intradermoréaction de Ni-

colle négative. Ces réactions renouvelées sont restées négatives.

Au bout d'un certain temps, l'ulcération diminue, et semble spontanément avoir tendance à cicatriser.

Conclusion : Ulcération traumatique simple, dont la cicatrisation est difficile, par suite de la mauvaise qualité des tissus de la malade. Cette ulcération, analogue cliniquement à celle que nous avons décrite, en diffère toutefois par sa tendance à la guérison spontanée.

CONCLUSIONS

Placé par les circonstances, à St-Lazare, dans un des milieux les mieux faits pour étudier la pathologie des prostituées, nous avons voulu dans ce travail contribuer à classer les multiples ulcérations que l'on voit sur la vulve de ces femmes.

Il a semblé à M. Clément Simon qu'à côté des ulcérations bien connues de la syphilis, de la blennorrhagie, du chancre mou, des mycoses, de la tuberculose, du cancer et du syphilome anorectal, il existait, chez les prostituées, des ulcérations simples, qui devaient être dégagées de l'esthiomène, terme trop général et qui, dans son acception moderne, comporte l'éléphantiasis.

1) Ces ulcérations simples, sont, nous a-t-il semblé, dues aux traumatismes incessants que les prostituées subissent au cours des coïts fréquents et sans précaution. Simples érosions bénignes, elles deviennent facilement ulcéreuses par l'action ininterrompue de coïts répétés qui empêchent la cicatrisation.

Les observations que nous avons faites de ces ulcérations démontrent qu'il suffit, en effet, de faire cesser

l'action traumatisante du coït pour que la guérison survienne.

2) Mais la guérison est soumise, là comme ailleurs à la qualité des tissus sur lesquels se développe la lésion. Nous avons vu, chez certaines femmes, qui ont des tissus de mauvaise qualité, cette ulcération guérir plus difficilement, et nous avons remarqué après bien d'autres auteurs, que la qualité des tissus de la vulve est sous la dépendance des sécrétions ovariennes.

3) Les études que MM. JAYLE et THIBIERGE ont faites du kraurosis vulvæ, nous ont montré à quel point pouvait être modifié l'aspect de la vulve quand, soit par la castration chirurgicale, soit par la ménopause, les ovaires ont cessé de fonctionner.

4) Enfin, nous avons observé que, chez les prostituées âgées, ces ulcérations d'origine traumatique, au lieu de cicatriser normalement subissent une organisation fibreuse, cicatricielle, absolument torpide, que ni le repos, ni les topiques ne parviennent à modifier.

5) Nous sommes arrivé, à la conviction qu'il existe chez les prostituées, un ulcère chronique de la vulve, simple, c'est-à-dire sans relation avec la syphilis, la chancelle, la tuberculose, le cancer et les mycoses. Il nous a semblé que cette lésion méritait la dignité clinique que M. CLÉMENT SIMON lui a donnée en la décrivant sous le nom d'*ulcus vulvæ simplex chronicum*.

Nous nous sommes efforcé de décrire cette affection, de dégager son étiologie, d'étudier sa pathogénie, d'en établir le diagnostic, et d'envisager son traitement.

Vu le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu, le Président de la thèse,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

AUDRY et DALOUS. — Annales de Derm. et Syph., 1902.

BANDLER. — Zur Kenntniss der elephantiasischen und ulcerativen Veränderungen der äusseren Genitalien und rectum bei Prostituirten (*Arch. F. Derm.*, 1899).

BARBOUR AND WALKER. — Ulcus serpiginosum vulvæ (*Scottish med. a surg. Journal*, 1897).

BENDER et NAUDROT. — Ann. de Derm. et Syph., 1904.

BOGI DINO. — Ann. di ostetricia e ginecologia, 1921.

BOSELLINI. — Giornale Ital. Malattie veneree e pelle, 1910 et 1916.

BROQ. — Pratique Dermatologique.

BROcq. — Contribution à l'étude du kraurosis vulvæ (*Ann. Derm.*, 1915).

BUQUICCHIO. — Contributio di ricerche sulle ulcerazioni croniche non veneree dei genitali esterni femminali (*G. I. M. V.*, 1927).

CALDERONE. — Giornale It. Malattie veneree e Pelle 1900-1905.

CROSTI. — Sull' etiologia dell'estiomene (*Giorn. It. Mal. V. e P.*, 1923).

DARIER. — Précis de Dermatologie.

DE GREGORIO. — Elephantiasis y ulceraciones crónicas vulvares (*Acta Dermosifiliografica*, 1930).

DE LONZA ARANYO. — Istitudo Osvaldo Cruz-Rio de Janeiro, 1917.

DUBREUILH et BRAU. — De l'Esthiomène (*Arch. Clin. de Bordeaux*, 1894).

DUBREUILH. — L'Esthiomène (*Pratique Dermatologique*, Brocq, 1901).

FAYRE et GATÉ. — Tuberculose cutanées et infections associées. Parasitisme spirillaire et tuberculose végétante périanale (*Ann. Derm. et Syph.*, 1928).

FIOCCO et LEVI. — Dell'ulcera cronica non specifica della vulva (*Giorn. It. M. V. e P.*, 1899).

FIQUET. — De l'Esthiomène (*Thèse Paris*, 1876).

FOURNIER. — Lésions tertiaires de l'anús et du rectum. Syphilome anorectal. Rétrécissement du rectum. Paris 1875.

FOURNIER. — Traité de la Syphilis, 1906.

FREI u ALICE KOPPEL. — Ulc. vulvae chr. elephantiasicum (estiomen) und sogenauntes syphilome anorectal als Folgeerscheinungen der Lymphogranulomatosis inguinalis (*Klin. Wochenschr.*, 1928).

FREI. — Weitere Beitr Kenntnis et Lymphogr. ingu. und ulc. chr. elephant. vulvæ et ani (*Klin. Wochenschr.*, 1929).

GAY Y VILLAFUERTES. — Contribucion al estudio de la

ulcera cronica elephantiasica vulvar (estiomene) (*Arch. de Med. y cirug.*, Esp. 1930).

GOODMAN. — *Arch. of Derm. and Syph.*, 1920.

GOUGEROT. — Tuberculoses et nocardoses éléphantiasiques ulcéreuses et fistuleuses recto-ano-périnéo-génitales (*Presse Méd.*, 1925).

GRAVAQUA. — *Policlinico*, 1922.

HUDELO, RABUT et CAILLAU. — Elephantiasis tub. de la vulve (*Bull. de la Soc. F. de Derm.*, 1926).

HUDELO et RABUT. — Les éléphantiasis de la vulve (*Presse Méd.*, 1927).

HUGUIER. — Mémoire sur l'Esthiomène ou dartre rongeante de la région vulvo-anale (*Mémoire à l'Ac. de Méd.*, 1848).

JAYLE. — Le Kraurosis Vulvæ (*Revue de Gyn. et Chir. Abd.*, 1906).

JAYLE et BENDER. — Deux cas de Kraurosis vulvæ (*Soc. Anat.*, 1915).

JERSILD. — Contribution à l'étude de la pathogénie du soi-disant syphilome anorectal (*Ann. de dermat. et Syph.*, 1920).

JERSILD. — Note supplémentaire sur l'éléphantiasis de la région anorectale (Syphilome anorectal de Fournier, 1921).

JERSILD. — Notice historique sur l'infiltration hyperplasique du rectum avec rétrécissement fibreux et sur l'origine prétendue syphilitique de cette affection (*Ann. de Derm.*, 1926).

JERSILD. — Les intradermoréactions dans le chancre mou et dans la lymphogranulomatose considérées spé-

cialement dans leurs rapports avec l'étiologie du syphilitome anorectal (*Ann. Derm.*, 1930).

KOCH. — Ueber das Ulc. Vulvæ (Chronicum elephantiasicum) (*Arch. f. D. und de S.*, 1896).

LOMBARDO. — Gionarle It. Malattie Veneree e Pelle 1903.

LOUSTE. — Bull. de la Soc. Fr. de Dermat., 1924.

MACCARI. — Gionale it. Malatt. Ven. e Pelle, 1924.

MARTIN. — Normandie Médicale, 1891.

MILIAN et LAFOURCADE. — Esthiomène de la vulve (*Bull. Soc. Fr. de Derm.*, 1925).

MILIAN et DELARUE. — Elephantiasis vulvaire (*Bull. Soc. Fr. Derm.*, 1927).

PESCONI. — Riforma Medica, 1899.

QUEYRAT et DECUIGUAND. — Elephantiasis de la vulve (*Bull. Soc. Fr. Derm.*, 1921).

RAVAUT, BOULIN et RABEAU. — Etude sur la « Poroadénolymphite » (*Ann. de Derm.*, 1924).

RUGE. — Derm. Wochenschr., 1930.

SABOURAUD. — Parasitologie de l'Elephantiasis (*Ann. Derm.*, 1892).

SAING DE AJA. — Sobre el llarnado estiomene vulvar (*Actas Dermo sifiliograficas*, 1927).

SECCHI. — Giorn. It. Malattie a Vener. e Pelle, 1901.

CLÉMENT-SIMON. — Bull. Soc. Fr. Derm., 1924.

CLÉMENT-SIMON. — L'ulcère chronique simple de la vulve (Ulcus vulvæ simplex chronicum) (*Bull. Médical*, 1928).

TEISSIER, REILLY et RIVALIER. — Recherches expéri-

mentales sur l'infection chancrelleuse (*Journ. de Physio. et Patho. générale*, 1927).

THIBIERGE. — Etude clinique sur le kraurosis vulvæ (*Ann. Derm.*, 1908).

VERCHÈRE. — Valeur séméiologique de l'Esthiomène anogénital. Sclérôme anovulvaire (*Rev. de Gyn. et Chir. abd.*, 1898).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
Historique.....	13
Etude clinique	19
Etiologie.....	20
Symptomatologie	28
Evolution	35
Examens de laboratoire	37
Diagnostic.....	39
Pathogénie	51
Pronostic.....	62
Traitement	63
Observations.....	67
Conclusions.....	75
Bibliographie.....	79
